

Relação contratransferencial em PBO – estudo de caso

Walter Lisboa Oliveira*

Ilenza Maria Santana**

Resumo

O objetivo deste artigo é descrever um estudo de caso em Psicoterapia Breve Operacionalizada - PBO, no qual se verificou a contratransferência como um obstáculo para a condução adequada da técnica desse tipo de abordagem. A PBO baseia-se na teoria psicanalítica e na teoria da adaptação e por lidar com situações-problema, a brevidade do processo é uma questão estratégica. A PBO inicia-se com a identificação da situação-problema nuclear do paciente, procurando ajudá-lo, através de interpretações teorizadas, a reconhecer os fatores causais desta situação e as razões inconscientes de seu comportamento atual e pregresso, para ajudá-lo na compreensão de como se deram as soluções pouco ou pouquíssimas adequadas, estimulando a procura de soluções mais eficazes. A paciente é uma mulher com trinta e seis anos, cuja queixa principal era o desânimo na área profissional. Após as entrevistas, evidenciou-se uma expectativa idealizada quanto ao mundo e ao emprego que ansiava. Com isso, o objetivo central da psicoterapia seria procurar propiciar uma percepção adequada do mundo, com suas qualidades e defeitos. Nas primeiras sessões, o psicólogo teve dificuldades diante da aparente fragilidade apresentada pela paciente. Após constatar tal dificuldade em supervisão, a reflexão evidenciou a existência de um processo de contratransferência negativa. Após compreendê-lo, foi possível assegurar a continuidade e o êxito do trabalho, uma vez que a paciente respondeu bem às intervenções, mostrando ao fim da psicoterapia uma postura mais amadurecida. Tanto na psicoterapia breve quanto na psicanalítica, a contratransferência interfere no desenvolvimento da psicoterapia, mas conforme ilustrado por este caso, se bem compreendida e superada propicia bons resultados.

Palavras-chave: Psicoterapia Breve Operacionalizada - PBO; contratransferência; transferência.

Countertransference relationship in Brief Operational Psychotherapy – Case Report

Abstract

The aim of this article is to describe a case report in Brief Operational Psychotherapy, which has revealed a countertransference process as an obstacle to the proper course of this approach. It is based on Psychoanalytic Theory and the Theory of Adaptation. This approach deals with problem situations and thereby the brevity of the process is a strategic issue. The Brief Operational Psychotherapy begins with the identification of the patient's nuclear problem situation, trying to help one through theorized interpretations, to comprehend the unconscious causes of current and past behaviors, and also to understand how he has used little or very little suitable solutions and to stimulate one to seek more effective solutions. The patient is a thirty-six years old woman, whose main complaint was discouragement in the professional field. After the interviews, it was noticed an idealized expectation concerning the world and the job that she has eager for. Thus, the central purpose of psychotherapy was to provide a more adequate perception of the world, with its qualities and defects. In the first sessions, the psychologist had difficulty to achieve more direct interventions, because of the apparent patient fragility. After noting this difficulty, the reflection revealed the existence of a negative countertransference process. After understanding it, it was possible to ensure the continuity and success of the work, as the patient responded well to the interventions, showing at the end of psychotherapy, a more mature attitude. As in brief psychotherapy as in psychoanalysis, countertransference interferes with the development of psychotherapy, but as illustrated by this case, the countertransference well understood and overcame yields good results.

Keywords: short-term psychotherapy; transference; countertransference.

* Mestrando pelo Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo - IP/USP; Psicólogo colaborador do Hospital Universitário da USP; e-mail: walterlisboa@rocketmail.com

* Especialista em Psicoterapia Psicanalítica e em Psicoterapia Breve Operacionalizada. Psicóloga da Secretaria da Saúde - Hospital Guilherme Álvaro.

1. Introdução

O presente trabalho apresenta um estudo de caso na abordagem da Psicoterapia Breve Operacionalizada - PBO, no qual se discute o surgimento da contratransferência como um obstáculo para a condução adequada desse tipo de abordagem. Por lidar essencialmente com situações-problema, a brevidade do processo é uma questão estratégica na abordagem da PBO. Por outro lado, essa brevidade não impede que seja feita uma análise pormenorizada e intervenções profundas. Isso pode ser obtido ao longo do processo, tendo os devidos cuidados em manter o foco na situação-problema e atuando diretamente ao longo do processo psicoterápico. O primeiro passo é a realização de entrevistas psicológicas, quantas forem necessárias, para verificar as adequações do sujeito, levando em conta o conjunto de fatores ambientais, existentes no presente, e a interação destes com os fatores intrapsíquicos. A partir daí, uma vez colhidas as informações relativas à origem da situação-problema ou da crise adaptativa do paciente, o psicoterapeuta deve assumir uma postura ativa, realizando uma intervenção objetiva com base em interpretações teorizadas. No caso que será apresentado, por conta de uma contratransferência negativa, o psicoterapeuta teve dificuldades em intervir adequadamente. Segundo Simon (2001) é inevitável que a transferência e contratransferência apareçam em qualquer atendimento psicológico, todavia, adverte este autor (Simon, 2010), no caso da PBO, para evitar que o vínculo entre psicólogo e paciente se intensifique, só se deve trabalhá-las quando são negativas. Tal cuidado se deve, pois a intensificação do vínculo poderia gerar dependência deste último ao primeiro, e consequentemente interferir na brevidade do processo terapêutico. A transferência nesse contexto, portanto, deve ser trabalhada apenas quando é negativa e interfere diretamente no processo (Simon, 2005).

Assim, se por um lado o psicólogo depara-se com um fenômeno inevitável e importante, a contratransferência, por outro, ele deve evitar que ela impeça o bom andamento da psicoterapia (Simon, 2001), para que seja possível encerrar o processo em no máximo 12 sessões. Isso, porém, não significa dizer que tais fenômenos devam ser desprezados. Ao invés disso, eles podem ser observados, contribuindo significativamente com o processo psicoterápico, permitindo uma compreensão acerca do paciente e da relação deste com o psicólogo e, consequentemente, fornecendo subsídios para um trabalho mais apropriado da técnica em Psicoterapia Breve Operacionalizada. Conciliar todos esses aspectos requer do psicoterapeuta cuidado na condução do processo

terapêutico, constituindo-se esse desafio a motivação maior para estudarmos os fenômenos da transferência e da contratransferência neste trabalho.

2. Objetivos

Descrever um estudo de caso em Psicoterapia Breve Operacionalizada - PBO, no qual se verificou a contratransferência como um obstáculo para a condução adequada da técnica desse tipo de abordagem.

3. Método

3.1 Sujeito

A paciente é uma mulher com cerca de trinta e seis anos, com ensino médio completo e primogênita de pais separados. Possui dois irmãos e mantém um namoro estável há aproximadamente dez anos. Para preservação de sua identidade, alguns dados foram alterados e adotou-se seu nome como Camila.

3.2 Ambiente

A paciente foi atendida em consultório de uma clínica-escola, em condições adequadas para psicoterapia.

3.3 Instrumentos

3.3.1 Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO)

A EDAO foi desenvolvida nos anos 70 e aprimorada por Simon (1998) com a finalidade de fazer um breve levantamento da população, de maneira que se pudesse organizar providências para seu atendimento de acordo com a classificação atribuída a cada indivíduo.

Segundo, Gebara (2003), a escala permite avaliar o nível da eficácia adaptativa, de acordo com a concepção evolutiva, analisando a dinâmica do indivíduo dentro de um contexto biopsicossocial e permitindo um delineamento do caso clínico e da situação-problema atual para que possa ser trabalhado na Psicoterapia Breve Operacionalizada. Assim, podemos dizer que a EDAO trabalha a partir da noção de adaptação e adequação ao seu meio.

Nesse contexto, a adaptação é compreendida como um “conjunto de respostas de um organismo vivo, em vários momentos, a situações que o modificam, permitindo a manutenção de sua organização (por mínima que seja) compatível com a vida” (Simon, 1989. Pág. 14). No entanto, cumpre salientar que, nem sempre esta adaptação empreendida pelo sujeito é adequada, podendo muitas vezes gerar conflitos e sofrimento psíquico. Dessa forma,

em PBO, procura-se enxergar o indivíduo como alguém que está em constante interação com sua realidade, tanto externa (fatores ambientais) quanto interna (fatores constitucionais), recebendo constante influência dessas duas dimensões em sua vida, o que demanda constantemente novas adaptações.

A adaptação é avaliada conforme as respostas do indivíduo para a satisfação de suas necessidades, dispostas nos quatro setores adaptativos. São eles:

a) afetivo-relacional (A-R) – compreende os sentimentos, atitudes e ações com relação a si próprio e ao semelhante;

b) produtividade (Pr) – relacionado ao trabalho, estudo, ou qualquer atividade produtiva, mesmo de natureza artística, filosófica ou religiosa, considerada como ocupação principal do sujeito no período avaliado;

c) sócio-cultural (S-C) – abrange os sentimentos, atitudes e ações com relação à estrutura social, aos recursos comunitários e aos valores e costumes do ambiente em que vive;

d) orgânico (Or) – compreende o estado e funcionamento do organismo do sujeito, bem como seus sentimentos e ações em relação ao próprio corpo.

Procurando operacionalizar a avaliação de cada setor, a mesma se dará de acordo com três critérios: (1) solução do problema; (2) grau de satisfação com as soluções encontradas; (3) intensidade do conflito intrapsíquico ou ambiental com as soluções adotadas.

Dessa forma, a adaptação é tida como adequada, uma vez que permite que o sujeito garanta sua sobrevivência. O que ocorrerá é que haverá variações quanto ao grau de adequação, dispostas na EDAO em três tipos:

a)adequadas (+++): (1)resolvem o problema (+); são satisfatórias (+); não criam conflito intrapsíquico nem ambiental.

b)pouco adequadas (++) : (1) resolvem o problema (+), mas apenas (2)são satisfatórias (+) e (3) criam conflito. Ou: (2) não são satisfatórias, embora (3) não criem conflito(+).

c) pouquíssimo adequadas (+): (1) resolvem o problema (+), mas não são satisfatórias e criam conflito.

A partir da análise de adequação em cada setor (A-R,S-C, Pr e OR), é possível fazer uma classificação diagnóstica, que após a revisão proposta por Ryad Simon em 1995, diante de contradições apontadas por A. C. Rosa e

K. Yamamoto, passou a ter uma dimensão quantitativa no que diz respeito aos setores A-R e Pr, e uma dimensão qualitativa quanto aos outros dois setores, que permitiria uma compreensão mais ampla do sujeito (Gebara, 2003) . Assim, no que diz respeito às dimensões quantitativas, podemos sistematizá-las, conforme tabela abaixo:

Tabela 1: Quantificação dos setores adaptativos A-R e Pr

SETOR	TIPO DE ADEQUAÇÃO (pontuação)		
	Adequado	Pouco Adequado	Pouquíssimo
A-R	3	2	1
Pr	2	1	0,5

Diante disso, a partir das pontuações obtidas, temos cinco grupos diagnósticos, os quais nos permitem ponderar o alcance aproximado de nossas intervenções clínicas e nos auxiliam na elaboração do planejamento terapêutico:

a)grupo 1 – adaptação eficaz: personalidade “normal”, raros sintomas neuróticos ou caracterológicos (5 pontos);

b)grupo 2 – adaptação ineficaz leve: sintomas neuróticos brandos, ligeiros traços caracterológicos, algumas inibições (4 pontos);

c)grupo 3 – adaptação ineficaz moderada: alguns sintomas neuróticos, inibição moderada, alguns traços caracterológicos (de 3 a 3,5 pontos);

d)grupo 4 – adaptação ineficaz severa: sintomas neuróticos mais limitadores, inibições restritivas, rigidez de traços caracterológicos (de 2 a 2,5 pontos);

e)grupo 5 – adaptação ineficaz grave: neuroses incapacitantes, *borderlines*, psicóticos não-agudos, extrema rigidez caracterológica (1,5 ponto).

Cabe ressaltar ainda que estas categorias dizem respeito a determinado momento de vida do sujeito, podendo se alterar ao longo do tempo ou até mesmo de um trabalho terapêutico pertinente.

3.3.2 Psicoterapia Breve Operacionalizada

A Psicoterapia Breve Operacionalizada - PBO - é uma proposta do Prof. Ryad Simon (Simon, 2005) que tem como base sua teoria da adaptação e o conceito de situação-problema. O ponto de partida da PBO é a identificação da situação-problema nuclear, que seria esse conjunto de fatores ambientais e intra-psíquicos que desencadearam a adaptação inadequada. Essa identificação será realizada através de um número variável de

entrevistas e esta etapa da abordagem terapêutica consiste numa análise minuciosa da vida do paciente, dos problemas enfrentados e soluções encontradas ao longo de sua história e serão estudados em quatro setores adaptativos, conforme apresentados anteriormente (Simon, 1989).

Dessa forma, toda a anamnese é feita tendo estes setores como referenciais. O paciente chega com uma queixa e o psicoterapeuta, ao entrevistá-lo, aprofunda o diálogo norteando-se por estes eixos. Ao fim das entrevistas, geralmente já é possível traçar um panorama amplo do paciente e um diagnóstico adaptativo, que é feito avaliando setor por setor e a forma como eles interagem. Com isso, é possível compreender de que forma o paciente tem solucionado os conflitos que tem enfrentado em sua vida e quais destes se configuram como situações-problemas. São em torno delas que se alicerça o raciocínio clínico na PBO.

Nesse contexto, o objetivo nessa abordagem seria auxiliar o paciente a detectar as situações que deram origem a essas situações-problema e, conseqüentemente, à sua crise adaptativa. Para isso, o psicoterapeuta faz uso de uma postura mais ativa e realiza interpretações teorizadas. Essas interpretações, assim denominadas por Simon (2005), são semelhantes às do modelo analítico, ocorrendo ao longo do processo psicoterapêutico a partir do material trazido pelo paciente, porém baseiam-se no material colhido nas entrevistas iniciais, na história pregressa do paciente e na compreensão psicodinâmica da mesma. Tais interpretações, por sua vez, se dão sempre no âmbito da cotransferência, ou seja, relações transferenciais que ocorrem com outras figuras importantes na vida do paciente. No caso da transferência negativa, esta deve ser interpretada tão logo surja. A não elaboração da transferência negativa pode provocar o fracasso e reduzir o sucesso da PBO, do mesmo modo que a não elaboração da contratransferência.

Conforme Freud (1910) estes fenômenos podem ser um importante elemento perturbador ao bom andamento do processo psicoterápico. Por outro lado, se bem compreendidos, podem ser um meio de obter uma compreensão mais abrangente da história do paciente e do modo como ele funciona.

A utilização da PBO destaca-se exatamente por sua brevidade, uma vez que se propõe a resolver a adaptação ineficaz do indivíduo diante da situação problema num curto espaço de tempo. Tal brevidade se revelou de extrema importância, principalmente após 1950, frente à necessidade de atender pacientes em crise e também devido ao número cada vez maior de pessoas que neces-

sitavam de atendimento psicológico, mas que não tinham condições sócio-econômicas de recorrerem ao serviço especializado particular (Kahtuni, 2003). Atualmente, boa parte da população brasileira não tem recursos para pagar uma psicoterapia de longo prazo, mas seria um equívoco supor que esse teria sido o único motivo para o crescimento da Psicoterapia Breve. Outros fatores também foram importantes para a consolidação da Psicoterapia Breve: o elevado crescimento urbano e demográfico ou o congestionamento do tráfego, o qual consome muito tempo; e as mudanças culturais e tecnológicas, que, por sua vez, induzem ao desejo de resultados mais rápidos. Diante disso, a parcela de pacientes que podem ser beneficiados não é somente a população de menor poder aquisitivo, mas também aqueles pacientes que têm condições financeiras de se submeterem a uma psicoterapia psicanalítica, mas que não o fazem por opção ou por não terem a motivação necessária para uma psicoterapia de longa duração (Simon, 1981). Dessa forma, devido a tais características, a PBO pode ser concebida como um instrumento terapêutico de ampla aplicação clínica em consultórios privados, hospitais, instituições em geral, serviços de convênios e outros. (Simon & Yamamoto, 2008)

Assim, se a brevidade é uma prioridade, uma compreensão profunda do caso e uma condução adequada e eficaz são essenciais para um bom desfecho psicoterapêutico. Por essa razão, julgamos importante refletir o caso apresentado neste artigo e de que maneira a transferência e contratransferência emergiram e interferiram no processo terapêutico e como lidamos com isso, conduzindo o caso e obtendo êxito dentro das possibilidades da Psicoterapia Breve.

3.4 Procedimentos

A paciente após assinar termo de consentimento, conscientizando-se de que os atendimentos poderiam ser usados para fins de pesquisa, foi atendida semanalmente, em um processo de quatro entrevistas iniciais e doze sessões.

3.5 Análise dos Dados

O material clínico trazido pela paciente assim como todo o processo psicoterapêutico foram analisados a partir da EDAO, cujos dados foram obtidos nas entrevistas iniciais, e de um referencial psicanalítico e da teoria da adaptação de Ryad Simon (1995).

3.6 Aspectos Éticos

Todas as questões éticas e legais obedeceram às leis e regulamentações vigentes, principalmente a resolução

nº 196 de 10 de outubro de 1996 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que diz respeito a pesquisas com seres humanos. A paciente, antes das entrevistas, foi informada da possibilidade de o material clínico ser utilizado para fins de pesquisa, assinou termo de consentimento, aprovado por comitê de ética da instituição, no qual se garantia a preservação de sua privacidade e se assegurava o direito de recusar ou desistir a qualquer momento.

4. Material clínico

4.1 Queixa da paciente

Camila queixava-se principalmente de desânimo com relação a sua situação profissional. Estava desempregada, trabalhando como artesã, vendendo peças de biscuit. Gostaria de ter um emprego fixo ou de ao menos ser mais disciplinada para ter uma produção regular de artesanato em sua própria residência. Ao longo do processo psicoterápico destacou também uma dificuldade em expressar suas opiniões.

4.2 História pregressa

Seus pais separaram-se amigavelmente durante sua infância e sempre se relacionaram harmoniosamente. Seu pai, apesar de não ter morado permanentemente com ela, sempre foi muito presente em sua vida. Apesar desta aparente harmonia familiar, após a separação dos pais, sua asma acentuou-se, exigindo medicamentos para que fosse controlada. Ocorre que em função do agravamento de sua enfermidade, Camila acabou crescendo cercada de cuidados voltados à preservação de sua saúde, muitas vezes além do que seria necessário, o que findou provocando certas limitações no seu envolvimento nas atividades do lar, vivendo como consequência certo isolamento em casa, longe de muitas atividades de lazer ou brincadeiras que seus pais entendiam como um risco à sua saúde.

Ao concluir o ensino médio, começou a trabalhar, mas como ganhava pouco, não tinha carteira assinada e seu chefe vivia “mal-humorado” (sic), logo abandonou o trabalho. Em seguida passou por outros empregos temporários, que deixou por estar insatisfeita com as condições em que trabalhava. Em seu último emprego, o mais duradouro, passou um ano trabalhando como secretária de um escritório de contabilidade e mais uma vez deixou por não suportar as variações de humor da chefe.

4.3 Dados relevantes por setor adaptativo

Setor A-R (afetivo-relacional)

Camila mantinha uma relação amorosa estável com o namorado. Ele desejava casar-se, mas ela alegava não estar apta para sair de casa, por não possuir estabilidade econômica em sua atividade artesanal e de não ter emprego fixo, o que a impossibilitava de contribuir financeiramente em tal investida e na manutenção do futuro lar. Devido ao grau de idealização que nutria sobre o emprego almejado e às suas concepções sobre o mundo de uma maneira geral, evidenciava insegurança no que dizia respeito ao seu potencial de produtividade e não tolerava bem as frustrações que surgiam em seu caminho. Além disso, essa insegurança, aliada à aparência de menor idade fazia com que as pessoas a considerassem como uma “garotinha” (sic), o que a deixava incomodada e fazia com que ouvisse calada, críticas e comentários das outras pessoas, sem conseguir expressar sua opinião ou justificativa em função de alguma atitude que tenha tomado.

Setor Pr (produtividade)

Desempregada, trabalhava por conta própria como artesã, mas era insatisfeita com o retorno financeiro da atividade, por não ter disciplina para manter uma produção regular. Já havia prestado concursos, mas no momento aguardava tão somente a resposta sobre os currículos que distribuía há alguns meses. Idealizava os empregos que almejava, frustrando-se ao ver que a realidade enfrentada não correspondia a sua idealização.

Setor S-C (Sócio-Cultural)

Apesar de ler livros e frequentar centros relacionados ao budismo não se considerava seguidora dessa religião.

Setor Or (Orgânico)

Possuía bronquite asmática, mas seu quadro clínico estava sob controle e não costumava gerar transtornos na vida da paciente. Por outro lado, por conta dessa enfermidade, cresceu cercada de cuidados, o que interferiu em seu desenvolvimento. Queixava-se de sono irregular, demorando a dormir e acordando tarde, muitas vezes por volta de meio dia ou à tarde. Segundo ela, por conta desse atraso em acordar era frequentemente alvo de críticas e comentários de sua mãe.

Compreensão adaptativa

A situação-problema nuclear de Camila situava-se no setor A-R devido à forma idealizada como ela percebia

o mundo. Cada novo emprego era visto com bastante entusiasmo pela paciente, mas assim que se deparava com alguma adversidade ou crítica a seu respeito, aumentava sua insegurança e frustração o que acabava por levá-la a abandonar o emprego. Tal situação é um reflexo de sua infância. Aos oito anos de idade, a partir de um momento emocionalmente difícil, a separação de seus pais, Camila teve sua bronquite asmática agravada (setor Or), que resultou em maiores cuidados com sua saúde.

Dessa forma, Camila cresceu superprotegida pelos pais, desfrutando de inúmeros ganhos secundários, porém ao mesmo tempo passou a conviver com certas limitações em suas atividades e em seu lazer. Desenvolveu-se longe de problemas e quando se deparava com eles, acreditava poder evitá-los ao invés de tentar resolvê-los ou superá-los. Tal situação perpetuou-se, refletindo na maneira como ela via o mundo e se posicionava diante do mesmo e principalmente na relação que ela tinha com os seus empregos (setor Pr).

O setor da produtividade era também afetado pelo sono irregular (setor Or), que a fazia começar a trabalhar mais tarde, dificultando a regularidade de sua produção artesanal (vide figura 1).

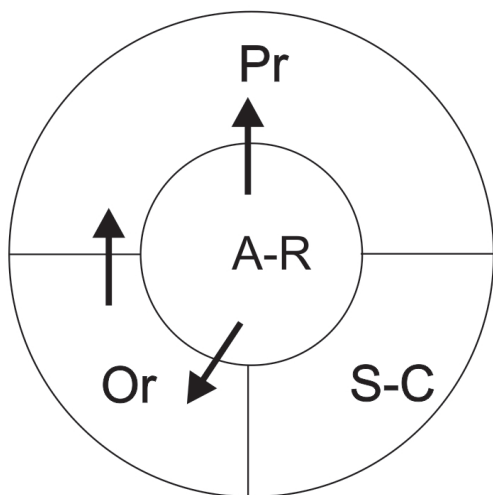


Figura 1: Matriz Gráfica dos setores adaptativos

No que diz respeito à adaptação da paciente, constata-se que ela se sentia insegura diante das adversidades da vida, principalmente do trabalho, que por sua vez não oferecia as condições que ela almejava, o que a frustrava e a levava a se afastar do mesmo, a fim de evitar os problemas. Assim, quanto ao setor afetivo-relacional, a paciente encontrava-se pouco adequada, por sentir-se insegura e, conseqüentemente, diante do desejo do namorado de ca-

sar, ela adiava, por não sentir-se preparada para tal e por não ter um emprego fixo e nem estabilidade financeira na sua atividade artesanal.

Camila, como pode ser observado na Tabela 2, possuía o setor A-R e Or pouco adequados, Pr pouquíssimo adequado e S-C adequado, constituindo de maneira geral um caso de adaptação ineficaz severa, grupo 4.

Tabela 2: Registro de Adequação

Setor	Grau de Adequação
Afetivo-Relacional	Pouco adequado (++)
Produtividade	Pouquíssimo adequado (+)
Sócio-Cultural	Adequado
Orgânico	Pouco adequado

Compreensão psicodinâmica

A paciente evidenciou um importante aspecto responsável pelos problemas com seus empregos: a expectativa bastante idealizada quanto ao mundo e ao emprego que anseia, porém empenhava-se pouco para realizar seus sonhos. Esperava um emprego sem conflitos, com boa remuneração e principalmente sem atritos com seus chefes. Ao mesmo tempo em que tinha esse anseio de possuir uma renda própria, muitas vezes passava as manhãs dormindo. Distribuíra alguns currículos, mas o fez apenas uma vez há alguns meses. Sua fonte de renda alternativa, a produção artesanal, não lhe proporcionava muito dinheiro, por não conseguir se disciplinar o suficiente para manter uma produção regular. Somavam-se a isso alguns atritos com a mãe por dormir até meio dia e algumas divergências com seu namorado que expressa o desejo em casar após já terem namorado por onze anos, evento para o qual Camila não se achava preparada.

Camila notadamente foi uma criança bem cuidada e protegida durante toda sua infância. Não relatava briga entre os pais nem antes, nem posteriormente ao divórcio destes, o que nos leva a crer que ela cresceu num ambiente afetivamente acolhedor. No entanto, após o divórcio dos pais, a paciente teve uma piora significativa da bronquite asmática, o que resultou em uma elevada proteção à saúde de Camila e uma atenção maior que a que era dispensada a seus irmãos mais novos. Assim, se por um lado seus pais proveram-lhe uma boa condição de vida, por outro lhe privaram de situações que pudessem representar algum risco à saúde ou integridade, o que muitas vezes gerava algum isolamento. Camila, diferente do que ocorria com seus irmãos mais novos, “não podia molhar-se na chuva, andar descalça, pegar frio, tomar gelado” (sic), etc.

Simon (1977), a partir da noção de séries complementares, proposta por Freud (1916), refletiu a respeito de uma história natural dos distúrbios mentais. O fundador da psicanálise propôs que, no que concerne a história das doenças neuróticas, haveria uma intrínseca relação entre dois fatores – a constituição sexual e a experiência, de maneira que quanto mais um deles se fizesse presente nesta história, menos o outro apareceria. Diante disso, Simon (2005) retomou sua reflexão de 1977, destacando as noções de constituição e ambiente, “como fatores etiológicos que se combinam quantitativamente na determinação dos distúrbios mentais e seus efeitos adaptativos. Dessa forma, podemos refletir o meio em que Camila cresceu. Se por um lado, a mãe proveu carinho e cuidados, por outro, superprotegeu-a, não permitindo que ela enfrentasse situações de angústia que são necessárias para desfazer determinadas fantasias pela “prova da realidade” (Klein apud Simon, 2005), de forma que tal ambiente impediu o desenvolvimento de uma constituição psíquica mais saudável.

Tal raciocínio coaduna com as ideias de Winnicott (1996), a partir das quais ele postula que a saúde mental do indivíduo se constrói em consonância com o ambiente que ele vive na infância. Com pais agindo de uma forma adequada, o caráter e a personalidade da criança se desenvolverão de forma saudável de forma que um dia ela saberá aproveitar a oportunidade de se lançar no mundo de maneira criativa e desfrutar tudo aquilo que o mundo tem a lhe oferecer. Ao longo do desenvolvimento da criança, a mãe tentará satisfazer suas necessidades, mas algumas vezes falhará ou nem sempre poderá dar conta. No entanto, apesar de ser um sofrimento em alguns momentos, essas serão oportunidades para a criança aprender a lidar com a frustração ou com a rejeição e de certa forma proporciona uma melhor adequação dela frente à realidade, ou seja, a criança poderá abandonar sua dependência absoluta da fase de recém-nascido, passar por uma fase de dependência relativa e aos poucos conquistar sua independência. O que acontece muitas vezes, assegura Winnicott (1996), é que as crianças que não passam por esse sofrimento, gastam energia construindo fortalezas para um inimigo que muitas vezes encontra-se dentro delas: a sua própria insegurança.

O caso de Camila, em diversos momentos em que se o refletiu, remeteu-nos ao conto da Bela Adormecida. Segundo Bettelheim (2007), os pais da princesa, em todas as versões existentes do conto, empreendem um grande esforço para evitar uma maldição, o que os levaram a mantê-la confinada no castelo. Tentaram evitar que ela

furasse seu dedo em agulhas ou quaisquer outros objetos cortantes, arrumaram tudo de forma a protegê-la, porém a própria curiosidade da princesa fez com que ela acidentalmente se cortasse, sendo amaldiçoada com o famigerado e prolongado sono da personagem. Analogamente, a paciente encontrava-se num período de inércia, não trabalhando nem fazendo qualquer atividade produtiva significativa, resultado de esforços malsucedidos dos pais para proteger a filha, assim como ocorreu com a Bela Adormecida. No entanto, na ficção, a princesa consegue acordar para viver um conto de fadas e, como corriqueiramente se diz, vivendo feliz para sempre. Camila, por sua vez, passava o dia inteiro dormindo, sonhando encontrar um conto de fadas fora da redoma criada por seus pais e precisava acordar para a vida.

Além disso, Camila cresceu habituada a ter sua mãe, servindo-lhe e fornecendo-lhe tudo o que precisava. Winnicott (1996) afirma que a mãe não deve somente prover ao bebê todas suas necessidades, mas também frustrá-lo quando necessário, permitindo um desenvolvimento psíquico. Se a negligência de cuidados com o filho pode trazer sérios prejuízos físicos e psíquicos, da mesma forma o excesso de cuidados pode ser nocivo, podendo comprometer o amadurecimento dessa criança, pouco habituada a lidar com problemas ou frustrações.

Em condições semelhantes a esta é que Camila cresceu e formou sua identidade. Cresceu cercada de mimos, acreditando num mundo idealizado e ao sair de sua casa, procurava em outros ambientes um atmosfera igualmente acolhedora, na qual ela pudesse ser amada e ficar protegida. Interessante notar que geralmente em sua fala, nos primeiros meses de cada trabalho, suas idealizações se sustentavam, porém tempo depois, ela se frustrava ao perceber que seu padrão podia se aborrecer sem motivo aparente e que nem sempre ela podia agradá-lo por melhor que fossem suas intenções. Logo ela começava a se sentir desamparada em seu trabalho, sem o devido valor, e, por conta disso optava pela própria demissão.

Tal funcionamento é descrito por Melanie Klein (apud Hinshelwood, 1992) como uma onipotência da fantasia, na qual um objeto é cindido em bom e mau e, no caso da paciente, o ego passa a procurar incessantemente somente a parte boa, ignorando a existência da parte má. Tende a reconhecer em si o objeto bom e no outro o objeto mau, gerando muitas vezes um sentimento de ameaça paranoide à vida. Isso se refletiria na maneira como ela reagia, sentindo-se ameaçada por um comentário ou crítica de um chefe e vivenciando isso de uma maneira muito dolorosa e persecutória, como uma

crítica pessoal, mesmo sabendo que outros funcionários ouviam o mesmo tipo de comentário e que os mesmos e até outros colegas de trabalho da sua chefe já se referiram a ela como uma pessoa de temperamento instável. Além disto, outro problema, segundo Hinshelwood (1992), de o ego buscar sempre o objeto bom, idealizado, é a impossibilidade de se encontrar um objeto perfeito e com isso qualquer imperfeição vai ser vivenciada com dor ou frustração, fato esse que se refletia na maneira como Camila enfrentava as adversidades da vida.

4. Resultados

Na entrevista devolutiva, foi discutido com Camila a situação-problema que seria trabalhada: entender as razões que a faziam frustrar-se em seus empregos e o desânimo com sua vida profissional. E além do que foi discutido, nosso objetivo central seria desmontar sua visão idealizada do mundo, procurando ajudá-la em seu amadurecimento e propiciar uma percepção mais adequada do mundo, com suas qualidades, mas também com seus problemas e defeitos. Aproveitando-se da analogia com o conto de fadas, o trabalho psicoterápico consistiria em ajudar a paciente a acordar do suposto mundo de fantasias em que ela vivia. Para alcançar tal objetivo, foi proposto um plano para realização de 12 sessões semanais.

Nas primeiras sessões, apesar de bastante comunicativa, Camila muitas vezes relatava fatos, descrevia seu dia-a-dia e quando se começava a discutir algum aspecto difícil, enchia os olhos de lágrimas, quando não chorava copiosamente. Percebendo que a paciente parecia sempre desejar encontrar um mundo ideal à sua frente, era necessário evitar que isso acontecesse também na terapia e, da mesma forma, evitar que ela acreditasse que a melhor solução para lidar com as dificuldades seria evitá-las. Porém devido a essa aparente fragilidade, receava-se quebrar a aliança terapêutica que começava a se alicerçar e perder todo o processo, devido a um possível abandono da paciente, da mesma forma como ela fazia em sua vida, quando se sentia frustrada, principalmente com seus empregos. Dessa forma, apesar de já ser possível traçar um esboço do funcionamento psicodinâmico da paciente, as primeiras intervenções foram menos contundentes do que as desejáveis interpretações teorizadas. Ao invés disso, couberam perguntas ou indagações que buscassem levar Camila à reflexão.

É nesse ponto do processo que se tornou imperativa a reflexão sobre como lidar com os fenômenos de transferência e contratransferência na PBO. A paciente mostrava-se frágil e o psicólogo receava machucá-la, além

de não saber qual seria a reação da paciente ao se frustrar, quando percebesse que a psicoterapia, ao invés de ser um espaço para contar histórias e ouvir conselhos, era um lugar onde se trabalhariam aspectos íntimos de sua vida, dificuldades pessoais e possivelmente ouvir conteúdos que não se assemelhariam a fábulas. Conforme já mencionado anteriormente, é inevitável que a transferência e a contratransferência apareçam em qualquer atendimento psicológico (Simon, 2001). No entanto, diante da proposta de brevidade da PBO, recomenda-se interpretar a transferência negativa tão logo ela surja, seja na forma direta (sinais de desconfiança ou hostilidade) quanto na forma indireta (faltas, atrasos e não pagamentos da sessões (Simon, 2005).

Assim, a primeira estratégia adotada por Simon para trabalhar as relações objetais desenvolvidas pelo paciente e que se manifestam nas relações transferenciais, de modo a evitar a intensificação do vínculo terapeuta-paciente, é através da interpretação da cotransferência, conceito que define a transferência que se estabelece entre o paciente e outra pessoa ou pessoas de sua vida atual. Já no que concerne a contratransferência, um fenômeno inevitável e importante, o psicoterapeuta deve evitar que ela impeça o bom andamento da psicoterapia (Freud, 1910), através da reflexão e do processo de análise pessoal, para que seja possível encerrar o processo em no máximo 12 sessões, alcançando os objetivos da PBO.

Klein (apud Simon, 2010), por sua vez, também acreditava que a contratransferência poderia ser um importante elemento perturbador ao trabalho do analista, mas por outro lado, conforme destaca Hinshelwood (1992), ela acreditava que esta adversidade poderia ser utilizada para compreender o processo de transferência. Nessas circunstâncias, Heimann (1995), acredita que um uso proveitoso desse fenômeno pode ser a própria percepção e compreensão da contratransferência, entendendo-a como uma resposta emocional ao paciente, procurando fazer desse potencial obstáculo uma ferramenta a mais para uma compreensão do paciente que vá além do trabalho puramente intelectual. O psicólogo precisaria, portanto, ser capaz de aguentar os sentimentos que são despertados dentro dele em vez de descarregá-los, como faz o paciente.

Freud (1910) afirma que o processo contratransferencial é um resultado da influência do paciente nos sentimentos inconscientes do terapeuta. Essa influência também é inconsciente e muitas vezes reflete o fenômeno transferencial subjacente ao processo psicoterápico, uma vez que aquele carrega em si as influências sofridas

durante a fase de desenvolvimento da personalidade do paciente. Isso muitas vezes pode produzir padrões estereotípicos ao longo da vida e também durante a psicoterapia (Freud, 1912). Logo, a transferência é, portanto, um processo de repetição, conforme mencionou Freud (1914) em “Recordar, repetir e elaborar”. Há uma razão para essa repetição e o paciente o faz, sem muitas vezes dar-se conta, reproduzindo-o não como uma lembrança, mas como uma ação. É o caso de Camila, que da mesma forma que interagiu com os pais, mostrava-se também na psicoterapia como uma pessoa frágil, incapaz de se defender, suscitando no psicólogo a reação contratransferencial expressa pelo receio de machucá-la ou afastá-la mediante intervenções mais contundentes. Tal fato expressa ainda outra característica importante da transferência. Muitas vezes, esta se transforma em uma resistência ao processo analítico, modificando a relação psicólogo-paciente a fim de manter protegido o material reprimido (Freud, 1916-1917), o que de fato ocorreu inicialmente no processo psicoterápico de Camila.

Dessa forma, tais fenômenos transferenciais e contratransferenciais assim que percebidos foram trabalhados em análise e supervisão, o que nos fez compreender a existência de estados defensivos no psiquismo do psicoterapeuta que impediam uma percepção adequada do caso. Logo, pôde-se compreender melhor a relação desenvolvida entre terapeuta e paciente e de que maneira esta interferia no bom andamento. Ademais, era preciso ainda intervir de modo a romper o padrão de repetição da paciente, que aliava-se à sua elevada expectativa fantasiosa da realidade. Nesse contexto, é que utilizamos a interpretações das relações cotransferenciais, anteriormente mencionadas, ou seja, interpretar esse mesmo funcionamento da paciente através de situações vividas em seu dia-a-dia que ocorriam dessa mesma forma e que a paciente levava ao consultório (Simon, 2010). Além disso, nesse caso específico, o fato de realizar interpretações teorizadas, colocando a realidade em evidência para Camila, e até mesmo o fato de frustrá-la serviram como um modo de ajudar a romper com os padrões repetitivos de Camila. E, retomando novamente o raciocínio freudiano (Freud, 1914), esse rompimento é capaz de proteger o paciente da execução desenfreada de seus impulsos e permitir o desenvolvimento do mesmo.

Assim, a relação contratransferencial que emergiu no processo como elemento perturbador pôde ser discutido e superado e, através de sua compreensão, foi possível entender melhor o funcionamento psíquico de Camila. Com isso, o psicólogo pôde atuar com mais firmeza,

frustrando a paciente e confrontando algumas de suas fantasias onipotentes. Assim, já no segundo mês, as interpretações teorizadas foram mostradas várias vezes ao longo do processo psicoterápico, emparelhando experiências do presente e do passado (obtido nas entrevistas iniciais), para com isso, segundo Simon (2005), trabalhar a situação-problema, esgotando os quatro setores adaptativos. A seguir, tem-se uma das interpretações teorizadas, estabelecendo uma relação entre a superproteção da infância e o modo como a paciente lida com as adversidades da vida, principalmente do seu trabalho:

Você já notou que sempre se anima com um emprego novo e depois vai desanimando? No começo, o emprego é interessante, depois os problemas vão aparecendo, o chefe começa a reclamar, os colegas vão ficando diferentes... Às vezes você fala como se trabalhando com artesanato, tudo pudesse ser melhor por ter mais autonomia. Você pode até ter mais autonomia, mas isso não a deixará livre de problemas... Parece que você foi criada num mundo muito bom. Pelo que você fala, você cresceu num mundo cheio de alegrias. Seus pais, apesar de separados, sempre te trataram bem, procuraram te proteger, deram-lhe o que podia e fizeram o máximo pelo seu conforto. Parece que você vivia um conto de fadas, como o da Bela Adormecida, só que ainda não acordou para a vida... Fica sem trabalhar, pois não acha algo que a satisfaça completamente, não quer casar, não planeja a vida e fica assim indefinidamente... (...) Se você quer tanto ter sua independência o que você está esperando para tocar sua vida?

Nas sessões seguintes, procurou-se atuar com intervenções diretivas, trabalhando pontualmente cada ponto trazido pela paciente, principalmente quando era referente à situação problema de Camila. Evidenciou-se que a fragilidade demonstrada pela paciente não seria necessariamente uma característica da mesma. Ela respondeu bem às intervenções, sem responder com faltas e atrasos e fazendo boas associações, muitas vezes chegando a insights e conclusões pertinentes, conforme se ilustra na fala da paciente na penúltima sessão, após o psicólogo ter questionado a respeito do que ela estava achando do emprego que conseguira durante o processo psicoterápico:

Ah, por enquanto está tranquilo... Eu sei que talvez eu possa encontrar alguns problemas, mas dessa vez é diferente... Eu não sei o que eu tinha... Parece que eu vivia procurando um trabalho que não existia, como se existisse um trabalho que fosse perfeito...

Nas últimas sessões, ela também começou a esboçar mudanças sutis na forma de perceber o mundo ao seu redor e de se portar diante disso. Na nona sessão, ela aparece contemplando-se de um novo emprego em um escritório de advocacia, com as condições que desejava, com carteira de trabalho assinada e demais benefícios empregatícios. As primeiras impressões foram animadoras para ela e o trabalho psicoterápico nesse momento foi de discutir possíveis dificuldades que ela poderia encontrar, fazendo associações com suas experiências do passado e a forma como ela reagia. Na sessão de follow-up, questionada a respeito do que pretendia para si, agora que um das questões que mais lhe afligiam, o desemprego, havia sido solucionado, Camila comentou que já conseguia se organizar melhor financeiramente e voltado a conseguir fazer reservas para comprar alguns bens que precisava. Além disso, ela comentou que tinha começado a pensar em ter seu “próprio canto” (sic) e na possibilidade de ter um apartamento próprio. O psicólogo questionou como funcionaria esse novo lar se ela mesma dizia não gostar e nem ter jeito com afazeres domésticos e limpeza ao que ela responde que estava procurando aprender. Ainda não lavava todas as roupas ou louças, mas tinha começado aos poucos. Sobre a origem da motivação dessa mudança, a paciente respondeu: “Não aguento mais as coisas do jeito que estão... é bom ter as coisas prontas, mas tem hora que cansa ficar dando satisfação o tempo todo para minha mãe” (sic).

5. Considerações Finais

O trabalho apresentado teve como objetivo descrever um estudo de caso em Psicoterapia Breve Operacionalizada – PBO, no qual se verificou a contratransferência como um obstáculo para a condução adequada da técnica nesse tipo de abordagem. Procuramos ilustrar a maneira como surge a contratransferência e de que forma tal fenômeno pode interferir no bom andamento da psicoterapia breve. Através de quatro entrevistas iniciais foi possível traçar um diagnóstico amplo e profundo da paciente, que abrangeu uma compreensão adaptativa e psicodinâmica e, com isso, formular um plano de atendimento focado na situação-problema referente à paciente, diagnosticada com uma adaptação ineficaz severa, grupo 4. Seguido esse planejamento foi possível trabalhar, através de intervenções diretivas e interpretações teorizadas, as questões essenciais à inadequação da paciente dentro de um prazo estabelecido de 12 sessões semanais.

Pôde-se constatar que Camila nutria uma visão bastante idealizada do mundo e as interpretações teorizadas

tiveram como objetivo aproximá-la da realidade, integrando objeto bom e mau, a fim de ajudá-la a amadurecer e ter uma percepção mais adequada da vida. Durante as primeiras sessões, a paciente mostrou-se colaborativa, mas em determinado momento, revelou uma aparente fragilidade emocional, o que gerou dificuldades para o terapeuta na realização de interpretações mais contundentes e precisas, fundamentais para a brevidade e para o bom desenvolvimento do caso. A reflexão acerca destas dificuldades evidenciou que isto era consequência de um processo contratransferencial. A análise desta dinâmica da relação entre psicólogo e paciente foi, portanto, fundamental para uma compreensão mais profunda do funcionamento mental da paciente e consequentemente assegurou a continuidade e o êxito do trabalho, permitindo uma atuação eficaz, dentro dos objetivos da PBO em auxiliar a paciente a encontrar soluções mais adequadas às situações-problemas atuais. A paciente, por sua vez, respondeu bem às intervenções, mostrando ao fim do processo psicoterápico uma postura mais amadurecida e adequada à sua realidade. Outros aspectos também foram trabalhados com a paciente como algumas projeções que ela fazia, uma vez que ela tinha facilidade em perceber a sujeira, a violência e a agressividade no outro, mas dificilmente o fazia consigo próprio. Uma psicoterapia de longo prazo seria de bom proveito para trabalhar os lados mais obscuros da paciente e essa agressividade da qual a paciente não reconhece e não se apropria. Isso tem ligação direta também com a incapacidade da paciente de expor suas opiniões. Apesar de ao fim das sessões a paciente ter mencionado conseguir expor melhor suas opiniões sem que isso lhe causasse uma angústia persecutória tão grande quanto antes, isso também poderia ser explorado em um processo psicoterápico de longo prazo. Tanto na psicoterapia breve quanto na psicoterapia psicanalítica, a contratransferência pode interferir no desenvolvimento da psicoterapia, mas conforme procuramos ilustrar neste artigo, se ela for bem compreendida e superada é possível alcançar bons resultados.

Referências

- Bettelheim, B. (2007). *A Psicanálise dos contos de fadas*. São Paulo: Paz e Terra. 21ª edição revista.
- Freud, S. (1910) As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. *Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. [CD-ROM]. Versão 2.0. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1911). Formulações sobre os dois princípios de funcionamento mental. *Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. [CD-ROM]. Versão 2.0. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1912). A dinâmica da transferência. *Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. [CD-ROM]. Versão 2.0. Rio de Janeiro: Imago.

- Freud, S. (1914). Recordar, repetir e elaborar. *Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. [CD-ROM]. Versão 2.0. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1915). O Inconsciente. *Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. [CD-ROM]. Versão 2.0. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1916) Conferências introdutórias sobre psicanálise: Conferência XXVII – Transferência. *Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. [CD-ROM]. Versão 2.0. Rio de Janeiro: Imago.
- Gebara, A. C. (2003). *Como interpretar na Psicoterapia Breve Psicodinâmica*. 1. ed. São Paulo: Vetor.
- Heimann, P. (1995). Sobre a contratransferência. *Revista Psicanálise*. 2(1):171-6. Porto Alegre.
- Hinshelwood, R. D. (1992). *Dicionário do pensamento kleiniano*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kahtuni, H. (2003). *Psicoterapia Breve Psicanalítica: compreensão e cuidados da alma humana*. 3. ed. São Paulo: Editora Escuta.
- Simon, R. (1977). As séries complementares de Freud como base para uma história natural dos distúrbios mentais. *Jornal de Psicanálise*, ano 9, n22, p. 17-31.
- Simon, R. (1981). A Formação do Psicoterapeuta na Realidade Brasileira. *Boletim de Psicologia da Sociedade de Psicologia de São Paulo*. v.33, n.8, pp.67-73.
- Simon, R. (1989). *Psicologia Clínica Preventiva. Novos Fundamentos*. São Paulo, SP: EPU.
- Simon, R. (1995). Teoria da evolução da adaptação humana - Prevenção da ineficácia adaptativa. *Mudanças*, 3 (3-4):25-36.
- Simon, R. (1998). Proposta de Redefinição da EDAO. *Mudanças*, 10:13-24.
- Simon, R. (2001). Manejo da transferência e da contratransferência na psicoterapia psicanalítica. *V Encontro do Curso de Especialização em Psicoterapia Psicanalítica*. São Paulo.
- Simon, R. (2005). *Psicoterapia Breve Operacionalizada: Teoria e Técnica*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Simon, R. (2010). *Psicoterapia psicanalítica: concepção original – Teoria, técnica, pesquisas, Ilustrações Clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Simon, R. & Yamamoto, K. (2008) Psicoterapia Breve Operacionalizada em Crise Adaptativa. *Mudanças – Psicologia da Saúde*. 16 (2), Jul-Dez, 144-151p.
- Winnicott, D. (1996). *O bebê e suas mães*. São Paulo: Ed. Martins Fontes.
- Submetido em: 17/8/2011
Aceito em: 21/9/2012